113

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 février 1908, à 1 heure

Par **Mademoiselle TCHÉBOTAREVSKY**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DYSTOCIE

PAR

TUMEURS DU RECTUM

Président : M. PAUL BAR, *professeur.*

Juges : MM. ALBARRAN, *professeur.*
MARION et BRINDEAU, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES SŒURS

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDEE
ET GUIDÉE DANS MES ÉTUDES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Pendant l'année d'externat, que nous avons passée à la Maternité de Saint-Antoine, notre maître, M. le Dr Brindeau, a attiré notre attention sur un cas rare de tumeur bénigne du rectum, ayant nécessité une opération césarienne. L'idée de traiter la question des dystocies par tumeurs du rectum, nous a été inspirée par lui; les conseils qu'il a bien voulu nous donner au cours de ce travail nous ont été si utiles, que c'est vers lui, le premier, que notre profonde reconnaissance se porte.

A la veille de terminer nos études, à la veille de quitter Paris et de commencer à appliquer dans la vie les connaissances acquises, c'est un véritable besoin que nous ressentons de dire un mot de profonde gratitude à tous ceux qui nous ont aidée et guidée dans nos travaux.

Nous garderons toujours un souvenir ineffaçable des années que nous avons passées dans les hôpitaux de Paris, une reconnaissance sans bornes aux maîtres,

dont l'image sera toujours devant nos yeux, comme exemple de ce que doit être un médecin consciencieux.

Que MM. les Drs Walther et Chauffard, qui ont été nos premiers maîtres en matière de chirurgie et de médecine, veuillent bien accepter nos hommages respectueux et reconnaissants.

Nous sommes heureuse d'adresser ici l'expression de vive et profonde gratitude aux maîtres, chez lesquels se sont écoulées nos années d'externat, MM. les Drs Faisans et Le Noir, qui ont complété notre instruction médicale, M. Comby, qui nous a initié, avec tant de méthode et de science, à l'étude des maladies des enfants.

Notre dernière année d'externat s'est passée dans le service du professeur Bar. Il a, en outre, bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse. Qu'il nous soit permis de lui exprimer toute notre gratitude pour cette marque de bienveillance en même temps que pour les enseignements précieux que nous lui devons.

DYSTOCIE PAR TUMEURS DU RECTUM

HISTORIQUE

Les cas de dystocie par tumeurs du rectum ne sont connus dans l'obstétrique que depuis soixante-cinq ans. L'ouvrage si connu de Puchelt, *De tumoribus in pelvi partum impedientibus*, qui embrasse toute l'époque depuis Hippocrate jusqu'à l'année 1840, ne contient pas de cas de tumeur rectale : « Qui alii tumores intestini recti occurrent v. g. scirrhus, partum prohibuisse non videntur ; ego saltem ne unicum quidem exemplum in scriptis medicis inveni. »

Le premier cas de ce genre trouvons-nous dans l'ouvrage du Dr Lever — *Observations on Pelvic tumors obstructing parturition* —, cas malheureusement bien mal décrit, dans lequel la description de l'accouchement est très incomplète. Ensuite les cas deviennent plus nombreux : un des mieux connus est le cas

de Kursteiner, rapporté en 1863, en même temps qu'un cas de Breslau et celui de Cruveilhier. Les cas de Kaltenbach, l'intéressante observation de Prideaux, que nous résumons plus loin (obs. I), celles de Freund, Barnes, Jordan, Duncan, etc., se succèdent, et nous avons pu recueillir dans la littérature trente-sept cas, auxquels nous ajoutons deux observations détaillées : une, rapportée par M. Demelin à la Société d'obstétrique de Paris dans la séance du 19 avril 1906, et l'autre (obs. IV), que nous avons eu l'occasion d'observer pendant notre externat à la maternité de Saint-Antoine et que nous avons rapportée avec notre interne M. Pottet à la Société d'obstétrique de Paris le 19 décembre 1907. Cette dernière, relatant l'histoire d'une malade, opérée par M. Brindeau, est particulièrement intéressante par sa rareté, car nous n'avons pas trouvé d'autres cas semblables de dystocie et son existence vient contredire l'assertion de Hollænder, qui écrivait en 1893 : « Parmi les rétrécissements, pouvant devenir cause de dystocie, on ne trouve pas dans la littérature d'autres rétrécissements que ceux d'origine néoplasique. Cela tient évidemment à ce fait, que les rétrécissements, dus à la syphilis ou à la rectite et périrectite, sont extrêmement rares chez le sexe féminin. » Nous montrerons plus loin, qu'au contraire, le rétrécissement syphilitique est infiniment plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; toutefois il est exceptionnel qu'il prenne des proportions suffisantes pour devenir cause d'une dystocie.

ÉTIOLOGIE

Parmi les dystocies provenant du rectum, celles qui résultent d'une tumeur de cet organe forment un groupe assez restreint. Nous éliminerons les dystocies, dues aux corps étrangers du rectum; on y a trouvé en effet des noyaux de cerise agglomérés, des flacons, des verres, des instruments, des pots à confiture, des tuyaux de pipe de 19 centimètres de long et même des poids d'horloge (Hollænder) ! On doit exclure aussi celles, qui sont causées par des kystes ovariens perforés, sortant par le rectum pendant l'accouchement (Gelstrom), quelques cas de dystocie par contracture du releveur de l'anus, observés par Budin, Revillot, Benike et Hildebrandt, les cas rares de proctocèle volumineux (forceps dans le cas de Missner), les observations plus fréquentes de kystes et de néoplasmes primitifs de la cloison recto-vaginale et enfin et surtout les dyrtocies par tumeurs fécales. Étant donné la fréquence de ces dernières, nous allons dire un mot sur cette variété quelquefois méconnue et cependant si curable. La rétention des matières fécales est très fréquente au cours de la grossesse, les accidents, provoqués par leur présence, sont moins rares, qu'on ne le pense et, quoique exceptionnellement, peuvent prendre des proportions redoutables. Cette rétention est due dans la plupart des cas à la constipation

chronique, quelquefois cependant aux malformations congénitales, parmi lesquelles l'imperforation ou l'insuffisance de l'orifice anal est la plus fréquente. Tel était le cas, décrit par Rosner, dans lequel la femme présentait une imperforation de l'orifice anal normal, avec ouverture vaginale. Une tumeur fécale grosse comme une tête de fœtus empêchait l'accouchement de se produire et l'issue a été mortelle pour l'enfant.

Nélaton a étudié les rétrécissements valvulaires du rectum, formés par des brides péritonéales, espèces de diaphragme, percé d'un trou plus ou moins large. Un cas de ce genre, extrêmement intéressant par les proportions fantastiques de la masse fécale retenue, a servi de base à la thèse de Letenneur. Il s'agissait d'une tumeur, déplaçant fortement à droite et en avant l'utérus gravide, à peu près égale en volume à ce dernier et constituée par la partie terminale de l'intestin, distendue par *3.300 grammes* de matières fécales. La femme, née avec une imperforation de l'anus et opérée ensuite, était porteuse d'un diaphragme membraneux, vestige de la membrane, qui, au moment de la naissance, empêchait la communication ano-rectale. Elle restait quelquefois trente-cinq ou quarante jours sans aller à la garde-robe. Le diagnostic, fait au cours du travail, permit d'éviter une opération césarienne et l'accouchement eut lieu spontanément après extraction de la masse avec la main. L'enfant était néanmoins mort au cours du travail.

Parmi les nombreuses observations, recueillies par Letenneur, celle de Rouyer est non moins instructive :

il s'agit d'une application de forceps, ayant nécessité la force de trois hommes pour tirer la tête arrêtée au détroit supérieur et écrasée d'ailleurs. Après un mois de suites pathologiques, la rétention des matières a été reconnue, ces dernières extraites à la cuiller, la femme, épuisée, succomba au bout de trente-six heures.

Loin de prendre toujours des proportions aussi considérables, la coprostase est importante à connaître par les accidents, qu'elle peut provoquer soit au cours de la grossesse — dont les plus graves sont l'avortement et l'accouchement prématuré, — soit au cours du travail, — dont les exemples viennent d'être rapportés, — soit pendant les suites de couches, quand ils peuvent simuler l'infection puerpérale. Le diagnostic n'est en général pas difficile, si l'examen est fait consciencieusement. Malgré l'absence possible de troubles dans la santé de la femme, l'interrogatoire, la palpation, la percussion, le toucher, l'indépendance de la tumeur de l'utérus, donneront des signes précieux pour le diagnostic. Les lavements huileux et, en cas d'insuccès, l'extraction directe avec les doigts ou à la cuiller en constituent le traitement.

Si nous éliminons ainsi toutes les variétés que nous venons d'énumérer, il nous restera un nombre assez limité de dystocie par véritables *tumeurs du rectum*, tumeurs qui, au point de vue de leur étiologie, de leur évolution et du pronostic peuvent être divisées en deux grandes classes :

I. — Tumeurs bénignes

II. — Tumeurs malignes.

Ce sont ces dernières, qui sont malheureusement de beaucoup les plus fréquentes et dont nous conservons l'étude pour la fin de notre travail. Nous allons d'abord passer en revue les cas de dystocie par tumeurs bénignes, dont nous n'avons pu recueillir que quatre exemples.

I. — TUMEURS BÉNIGNES

Les tumeurs bénignes du rectum — causes exceptionnelles de dystocie au cours d'un accouchement, de diagnostic souvent difficile (à cause de leur évolution torpide) et rarement posé avant le travail, — sont présentées dans la littérature par les variétés suivantes :

A. — *Polypes du rectum,* dont les observations de Prideaux et Winckel, résumées plus bas, sont des exemples (obs. I et II.)

B. — *Tumeurs caverneuses.* — On en trouvera un cas rapporté par Barnes, sous le n° III.

C. — A ces deux variétés nous ajoutons une troisième : celle du *syphilome ano-rectal,* dont la première observation est rapportée par nous sous le n° IV.

A. — Polypes du rectum.

Ce sont des néoformations bénignes, dont l'étiologie est obscure ; tout ce qu'on sait, c'est que les polypes du rectum en général, et les polypes mous en particu-

lier, sont beaucoup plus fréquents chez les sujets jeunes. D'après leur structure on les divise en :

1° Polypes *durs* ou fibreux, qui sont probablement des myomes et se rencontrent très rarement. Verneuil dans une communication, qui a pour titre : *Fibrome de la muqueuse rectale*, rapporte le cas d'une tumeur fibreuse de la grosseur d'une olive chez une jeune fille anémique. Houll en a observé une, grosse comme une grosse pomme d'api, chez une dame de 33 ans.

2° Les polypes *mous*, beaucoup plus fréquents, se développent aux dépens des glandes de l'intestin. D'après Ch. Robin, la partie principale du polype est presque exclusivement formée par les follicules du rectum hypertrophiés et quelques-uns dilatés en kystes. Ce sont des adénomes, quelquefois uniques, souvent multiples et M. Fochier (de Lyon) en a enlevé plusieurs centaines chez une malade, âgée de 18 ans. Les observations, qui existent en grand nombre, parlent des tumeurs de la grosseur d'une cerise, d'une noix ; rarement elles sont de la grosseur d'une orange, comme dans le cas de Horand chez une jeune fille de 15 ans. Le plus gros polype — gros comme deux poings — a été observé par Verneuil à Lariboisière, en 1872, sur un homme de 44 ans (rapporté par Bourdon.)

Les cas, que nous rapportons, sont donc intéressants non seulement par leur rareté, mais aussi par le volume considérable de la tumeur.

Observation I (Prideaux).

Femme de 38 ans, II-pare, ne présentant rien d'anormal du côté du bassin. Il y a un an, premier accouchement, très long et pénible, terminé par une application de forceps sur enfant mort.

Deuxième accouchement en 1882. Période de dilatation dure *plus de deux jours*, accompagnée de douleurs continues avec tension dans le côté gauche du ventre. On trouve le rectum distendu et, croyant qu'il s'agit d'une rétention des matières, on ordonne un lavement, qui reste sans résultats. Application de forceps. Après de longues et vaines tractions, la tête descend à l'orifice vulvaire d'une façon si brusque, qu'elle amène une déchirure complète du périnée. L'accouchement se termine facilement ; l'enfant — une belle petite fille — est vivant. Suture du périnée. L'état général de la malade est satisfaisant, mais la même douleur persiste. Les deux jours suivants elle devient plus aiguë, en même temps que l'abdomen se distend d'une façon extrême et que la malade ne rend pas de gaz. L'état général reste bon, sauf quelques nausées. Le matin du troisième jour le toucher rectal révèle l'existence d'une tumeur, grosse comme une tête fœtale et qu'on prend d'abord pour une masse fécale. Une grosse sonde, poussée entre la tumeur et la paroi rectale amène une issue considérable des gaz au grand soulagement de la malade. Pour éclaircir le diagnostic on enlève les sutures périnéales, on incise la cloison recto-vaginale et on met ainsi la tumeur à nu. Sa surface est dépourvue de muqueuse, bosselée et très vasculaire. La tumeur est fixée à la paroi par un pédicule long et mince, qu'on sectionne entre deux liga-

tures. A l'ouverture il s'écoule un demi-litre d'un liquide épais, albumineux. La paroi de la tumeur, assez épaisse, présente des lésions traumatiques, dues probablement au forceps. Suture. L'évolution ultérieure n'a été assombrie que par l'apparition d'une diarrhée incoercible, qui a cédé au traitement ; mais la guérison de la plaie a été plus longue et une petite fistule recto-vaginale a persisté. Dans tout le reste les suites de l'opération ont été excellentes, la convalescence a été à peine plus longue, qu'après un accouchement normal.

M. Prideaux pense que la tumeur existait déjà au cours du premier accouchement et que son accroissement a été favorisé par le traumatisme. Son siège habituel serait l'angle du côlon, mais au moment de l'accouchement, la tête, en descendant, l'aurait repoussé en bas.

Observation II (Winckel).

Femme en travail, IV-pare de 37 ans. Trois accouchements antérieurs spontanés, mais toujours très difficiles.

L'enfant se présente par la tête, qui est fixée. Membranes rompues. Promontoire accessible. Application de forceps. Pendant la rotation de la tête sortie par l'orifice anal d'une tumeur kystique, du volume d'un gros poing, prise d'abord pour un prolapsus du rectum. L'accouchement se termine facilement. Délivrance normale.

La tumeur présente un pédicule mince et très long, dont le point d'attache n'est pas accessible. Elle ne peut pas être réduite. C'est un kyste dur, transparent, laissant s'écouler à la ponction un liquide incolore, sans odeur. Réduction de la poche après ponction. Deux jours après le doigt introduit ne sent plus la

tumeur. Il s'agissait probablement d'un polype en dégénérescence kystique.

On voit que ces deux observations sont tout à fait identiques.

B. — Tumeurs caverneuses du rectum.

M. Barnes a présenté à la Société d'Obstétrique de Londres une tumeur de la grosseur d'une orange, expulsée du rectum pendant l'accouchement, ce dernier n'ayant d'ailleurs pas présenté de difficultés considérables. Pour cette raison et aussi à cause de sa rareté nous ne dirons qu'un mot sur ce genre de néoformations.

Elles appartiennent à la classe de tumeurs érectiles, formées par un tissu aréolaire, analogue à celui de la verge. Les mieux connues sont les tumeurs caverneuses du foie, qui ne dépassent pas en général le volume d'une noisette ; très exceptionnelles sont celles du rein, de la rate, de l'utérus et du cerveau. Ces néoplasmes de nature bénigne ne se rencontrent que chez les adultes.

Observation III (Barnes)

Une femme, ayant eu dix enfants, a souffert pendant son dernier accouchement d'un soi-disant prolapsus rectal. La tumeur, sortie pendant le travail, était ensuite rentrée dans le rectum. Pendant l'accouchement actuel elle est ressortie, ne présentant pas du tout l'aspect du rectum et menaçant de s'étrangler. C'était une tumeur grosse comme une orange, dense, à large base, entourée d'autres petites masses plus ou moins indurées. Il y

avait un endroit sphacélé. Le lendemain ablation à l'anse galvanique. L'examen a montré, que, « la plus grande partie de la umeur est composée d'un tissu fibro-cellulaire lâche, couvert d'une muqueuse altérée. Mais vers sa base et dans les parties profondes sa structure est caverneuse, composée en plus grande partie de veines dilatées et se rapprochant du tissu érectile. »

C. — Syphilome ano-rectal.

Fournier, dans ses admirables leçons cliniqu essur la syphilis tertiaire du rectum et de l'anus, nous a donné une description, à laquelle il y a peu de choses à ajouter. Pour lui le rétrécissement est un accident constitutionnel de la syphilis et c'est le syphilome ano-rectal de la période tertiaire, qui est la grosse cause des rétrécissements non cancéreux.

D'après lui le syphilome ano-rectal consiste d'abord en un épaississement du rectum sans ulcération de la muqueuse. S' il n'est pas traité à cette période, il dégénère, devient fibreux et se rétracte.

Son siège est presque toujours à 3 ou 4 centimètres de l'anus, sa forme est le plus souvent cylindrique. A l'incision tous les éléments normaux des tuniques rectales *forment un seul bloc*, littéralement soudés par une sorte de gangue interstitielle. *Il est fréquent de voir la sclérose atteindre le tissu cellulaire péri-rectal.* Cette péri-rectite fibreuse ou fibro-lipomateuse a une grande importance car, comme le fait remarquer Lapointe, elle contribue souvent plus que les lésions pariétales elles-mêmes à transformer le rectum en un tube rigide

et inextensible. De plus cette gangue fibreuse, en fixant solidement l'intestin aux organes voisins, peut, dans certains cas, rendre extrêmement pénible l'extirpation des parties sténosées. (Nous verrons que dans notre observation la dystocie était causée justement par une masse de volume considérable, due surtout au processus de la péri-rectite fibreuse.)

Le microscope révèle l'existence des nodules gommeux, des lésions d'endartérite et de la sclérose, dont le rétrécissement proprement dit n'est qu'une conséquence physique. L'intégrité de la muqueuse au niveau du rétrécissement montre bien qu'il ne s'agit pas d'ulcération cicatrisée.

Au-dessus du rétrécissement on constate les lésions suivantes : dilatation et hyperplasie de la tunique musculaire, ulcération presque constante de la muqueuse et son inflammation chronique.

Au-dessous on trouve souvent des abcès, des décollements, des fistules.

Le rétrécissement syphilitique se rencontre chez les adultes, de préférence entre 30 et 45 ans et est *infiniment plus fréquent chez la femme.* De cela témoignent toutes les statistiques, publiées jusqu'à ce jour. Godebert sur 45 observations trouve 40 femmes et 5 hommes ; Lapointe sur 31 observations 25 femmes, et Sauri-Ricardo compte 7 femmes sur 8 malades. Pour expliquer cette fréquence chez la femme on a invoqué la constipation, la congestion amenée par les époques menstruelles, le poids de l'utérus sur le rectum, la grossesse et l'accouchement lui-même.

Le plus souvent le rétrécissement survient entre 5 et 10 ans de syphilis. Après une période latente il se manifeste par des signes fonctionnels, dont le premier est la rareté et la difficulté des selles. L'affection confirmée se traduit par les symptômes suivants : 1) constipation, 2) difficulté des selles, 3) modifications dans la forme et le calibre des matières, qui passent *à la filière*, 4) suppuration rectale, 5) accidents de rétention stercorale, ténesme, épreintes, faux besoins, ballonnement, borborygmes, coliques, etc.

La santé peut être conservée pendant longtemps, mais plus souvent il y a retentissement sur l'état général et sur le système nerveux. La mort survient soit par quelque complication, soit dans un état de véritable marasme.

Le pronostic est toujours grave, car plus tard, à la période de dégénérescence fibreuse, le retrécissement constitue une lésion *définitive* irrémédiable, contre laquelle le médecin reste absolument impuissant, contre laquelle le chirurgien même ne possède que des palliatifs.

Il y a peu de choses à ajouter à cette description claire simple et juste du syphilome ano-rectal. Nous voulons, cependant, nous arrêter sur un point d'importance capitale : l'absence fréquente d'antécédents syphilitiques chez le malade et l'inefficacité du traitement spécifique ont toujours été des arguments contre l'origine syphilitique de certains rétrécissements. La tuberculose, dont on ne soupçonnait guère, jusqu'à ces derniers temps, les relations avec la sténose, tend à prendre une place

de plus en plus propondérante parmi les causes de celle-ci, et dans ces temps derniers, l'examen minutieux du malade, l'étude microscopique, révélant la présence des follicules tuberculeux et l'inoculation aux animaux ont fixé le diagnostic dans maints cas.

Le débat reste ouvert, mais, sans préjuger en rien de la solution définitive, il est permis de penser avec Riche que, dans ce débat, la tuberculose n'a rien à perdre et qu'elle a peut-être beaucoup à gagner.

Observation IV

(*Personnelle*, Service de M. le Dr Bar.)

Femme H. J..., 38 ans, III-pare. Entre à la Maternité le 24 juin 1907.

Antécédents hérédita res. — Ne présentent rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Deux accouchements antérieurs tout à fait normaux : le premier il y a quatorze ans, le deuxième en 1904, l'enfant est mort à 2 mois de méningite. On ne révèle pas de syphilis dans le passé. La malade s'est toujours bien portée jusqu'à 1903. A ce moment elle aurait fait une chute et c'est à elle que la malade attribue l'apparition des phénomènes pathologiques. Elle perd tout d'un coup du sang et du pus par le rectum, consulte un médecin, qui diagnostique une fistule et prescrit des bains de siège. La constipation devient opiniâtre, les selles douloureuses et les matières sortent comme passées dans une filière très étroite. Au cours de la même année elle devient enceinte et accouche en 1904 (mai) spontanément. La défécation devient de plus en plus douloureuse, la malade prend des

lavements tous les jours. Elle fait un séjour de trois mois à la campagne, mais, voyant ses forces diminuer et l'affection s'accroître, elle entre à la maison Dubois, où M. Albarran porte le diagnostic d'un rétrécissement syphilitique du rectum. Le traitement spécifique est prescrit, mais n'amène pas d'amélioration. C'est alors que M. le Dr Michon, en présence des souffrances de la malade, de son état cachectique, des abcès péri-rectaux, pratique une colostomie iliaque gauche en deux temps (fin d'avril 1906). Les souffrances disparaissent, les abcès de même et l'état général se relève.

Au cours de la même année elle devient enceinte et le 24 juin 1907 (quatorze mois après l'opération), se croyant à terme, vient à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. M. le Dr Brindeau examine la malade : femme nullement cachectisée, au contraire grosse, au visage coloré. Ses dernières règles datent du 28 au 30 septembre. L'utérus est développé comme pour une grossesse à terme. L'enfant se présente par le sommet. Ce sommet est fixé. Les bruits du cœur sont bons.

L'anus iliaque fonctionne régulièrement et donne 2 selles par jour. Le toucher rectal est très douloureux. A 3 centimètres de l'anus le doigt est arrêté par un rétrécissement très serré, très dur, qu'il est impossible de franchir. Au toucher vaginal on trouve, sur la paroi antérieure du sacrum, une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, *du volume d'un citron*, impossible à mobiliser latéralement, tumeur qui fait corps avec le rectum. On sent en outre à la partie supérieure de la tumeur des brides transversales, qui soustendent l'excavation au niveau des trous sacrés.

En présence de cette tumeur, faisant craindre une obstruction partielle du bassin et par là même des difficultés sérieuses, pendant l'accouchement, en présence d'un état général très bon,

d'absence de travail, M. Brindeau décide une section césarienne, qui est pratiquée par lui aidé, par M. Pottet, le 4 juillet 1907. Elle a été faite dans des meilleures conditions et avec des résultats tout à fait bons. La marche de l'opération était habituelle, sauf que la désinfection pré-opératoire et la préparation de la malade ont été particulièrement soignées (purge, constipation) et que l'anus iliaque a été isolé pendant l'opération par des compresses collodionnées. L'enfant pèse 3.350 grammes et est facilement ranimé. Après la suture de l'utérus on fait basculer l'organe en avant pour explorer l'excavation et on trouve la tumeur, sentie par le vagin, bridée par des adhérences et faisant corps avec le rectum. Il est plus que probable, qu'elle n'aurait pas permis l'accouchement par les voies naturelles.

Les suites de couches n'ont été assombries que par l'apparition d'une phlébite, qui a retardé la convalescence. Dans le reste les suites de l'opération ont été excellentes. La malade est sortie le 24 septembre dans un état tout à fait satisfaisant. L'enfant, soumis au traitement mercuriel, a été envoyé à la campagne pour être élevé au lait d'ânesse. Nous avons appris, qu'il est mort quelque temps après. La femme a été revue depuis, l'état de sa santé continuait à être bon.

On voit que cette observation est intéressante par deux particularités suivantes : le processus de sclérose rectale et de périrectite fibreuse au cours d'un syphilome, n'atteint qu'exceptionnellement un développement aussi considérable. Au point de vue de l'opération césarienne elle-même, il y avait non pas une contre-indication, mais une légère complication par le fait de préexistence dans la même région de l'anus artificiel.

II. — TUMEURS MALIGNES

Nous passons sous silence les cas très rares de sarcome du rectum, pour parler des tumeurs beaucoup plus communes, qui, quoique rarement, se rencontrent parmi les causes de dystocie.

Parmi toutes les tumeurs du rectum le rôle le plus important tant au point de vue de la fréquence, qu'au point de vue de la gravité, appartient aux *carcinomes*. Leur fréquence en général n'est pas très grande. La statistique d'Allingham nous donne 105 cas de cancer du rectum sur 4.000 malades, soignés à l'hôpital Saint-Marc pour diverses affections de cet organe. Il est encore beaucoup plus rare comme cause de dystocie, car il survient en général à l'âge, où la fonction de reproduction chez la femme est déjà éteinte. En général, disons-nous, car, comparé au cancer d'autres organes, il affecte plus souvent des sujets jeunes et on a rapporté des cas du cancer rectal à 18, 16 et même 12 ans ; l'observation de Nijhoff (n° 37) en est un exemple. Dans les observations que nous avons pu recueil-

lir, l'âge maximum est 43 ans, minimum 18 ans. Il est plus fréquent chez la femme, mais le cancer primitif existe beaucoup plus souvent chez l'homme, étant donné que chez la femme il est souvent la conséquence d'une atteinte primitive du col de l'utérus. Curling n'a compté que 27 cas de cancer primitif du rectum sur 67 cas observés.

Lisfranc fut le premier à séparer nettement le cancer du rectum des autres affections de cet organe ; Robin, Cornil et Wirchow ont beaucoup contribué à éclaircir sa nature essentielle au point de vue anatomo-pathologique et la question a été particulièrement bien étudiée par Curling en Angleterre.

Son *début* est extrêmement obscur et l'on n'assiste qu'exceptionnellement à l'origine de l'affection ; en général, toute une période latente précède l'apparition du premier symptôme alarmant: l'hémorragie. La naissance d'un épithélioma rectal est souvent compatible avec l'apparence d'une bonne santé et Verrié a décrit dans sa thèse 18 cas de cancer latent, dont 11 hommes et 7 femmes.

Le *siège* est extrêmement variable, avec une prédilection cependant pour l'extrémité inférieure du rectum. Hecker l'a observé 9 fois à la partie inférieure, 3 fois à la partie moyenne, 3 fois à la partie supérieure. La tumeur commence dans le tissu sous-muqueux, soulève d'abord simplement la muqueuse, qui n'est attaquée et ulcérée qu'un temps plus ou moins long après. Les organes envahis secondairement chez la femme sont avant tout la cloison recto-vaginale, quelquefois le

périnée, les grandes et les petites lèvres. Dès le début, l'affection peut prendre deux formes 1° diffuse et 2° circonscrite, la première pouvant succéder à la deuxième.

Au point de vue de sa *structure* c'est un épithélioma cylindrique le plus souvent, plus rarement un squirrhe, les cancers encéphaloïde et colloïde étant exceptionnels au rectum (il ne faut pas confondre ce dernier avec un épithélioma cylindrique en dégénérescence gélatiniforme).

Sa *marche* et sa *durée* sont variables, mais c'est une affection grave par excellence. Le rétrécissement, qu'elle produit, hâte extraordinairement le dénouement fatal, car l'obstacle, apporté au cours des matières, amène dans les voies digestives des troubles, allant souvent jusqu'à l'obstruction complète, avec tous les désordres qui en résultent pour l'organisme. La mort (le plus souvent par cachexie) survient en moyenne un an et demi après les premiers symptômes, l'opération radicale donne 20 0 0 de mort (Quénu et Hartmann), la récidive est la règle, survient en général quelques mois après et les cas de guérison n'existent pour ainsi dire pas.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES TUMEURS

La coïncidence de la grossesse avec une tumeur quelconque de volume considérable est toujours fâcheuse par suite des difficultés que cette dernière peut créer pendant l'accouchement. Il y a cependant une grosse

différence à faire entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. L'influence de la grossesse sur les premières est pour ainsi dire nulle ; elle est en général néfaste, s'il s'agit de l'évolution d'un cancer rectal au cours de la gestation. Blesson dans sa thèse étudie l'influence de cette dernière sur la marche du cancer en général. D'après lui, l'état d'épuisement, de cachexie cancéreuse d'un côté et le ralentissement de la nutrition, une sorte d'infériorité physiologique de l'organisme gravide de l'autre — sont deux conditions qui s'ajoutent et s'influencent d'une façon désastreuse. Le cancer est accéléré dans sa marche, surtout pour les organes, qui sont du ressort de la génération. Tous les auteurs, à part quelques exceptions, sont unanimes à accuser la grossesse comme une cause d'accroissement du cancer ; quelques-uns vont même plus loin et admettent que la grossesse peut faire naître le cancer ; — d'après eux les grossesses répétées seraient une des causes de ce dernier.

Parmi tous les organes celui qui est le plus influencé dans sa marche clinique est l'utérus cancéreux. Cependant parfois, et Cohnstein en a rapporté des exemples, il peut y avoir un temps d'arrêt dans la marche de la tumeur (il s'agit toujours de l'utérus), un retard dans son évolution pendant la grossesse ; peut-être, comme le dit Mathieu, parce que l'utérus gravide comprime la tumeur, en empêche la nutrition et par suite son développement ; ou bien la matrice après la conception devenant le siège d'une vie plus active, les matières destinées à la tumeur sont détournées au profit de

la gestation. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, les faits ne se passeraient pas ainsi, le cancer, participant à l'afflux considérable de sang et recevant ainsi une nouvelle impulsion, serait accéléré dans sa marche.

Quant au cancer du rectum, son rapide accroissement s'explique aisément par la congestion du bassin, qui persiste pendant tout le temps de la gestation et qui est fatalement ressentie par tous les organes qui s'y trouvent. La circulation se trouve activée et de ce fait les tissus néoplasiques recevront avec une activité plus grande le sang pour leurs artères et s'accroîtront avec une rapidité quelquefois étonnante.

INFLUENCE DES TUMEURS SUR L'ACTE D'ACCOUCHEMENT

Cette influence dans les tumeurs bénignes est purement mécanique et son importance est en rapport direct avec le volume et le siège de la tumeur. La tumeur caverneuse de Barnes n'a causé que des difficultés peu considérables, grâce à son siège à la partie inférieure du rectum, ce qui avait permis à la tumeur d'être expulsée au dehors pendant la sortie de l'enfant. Le polype de Prideaux a été une complication plus grave (forceps, déchirure totale) grâce à son siège élevé et aussi à son volume.

Pour les tumeurs malignes les choses se compliquent: en dehors du fait que celles-ci, comme de véritables tumeurs du bassin, peuvent causer des présentations

vicieuses, une rupture prématurée des membranes, peuvent prolonger la période de dilatation et empêcher l'engagement et la sortie de l'enfant, ces femmes amaigries, intoxiquées, cachectisées, sont en état de moindre résistance, s'épuisent plus vite au cours du travail, qu'elles doivent fournir au moment de l'accouchement. Le plus souvent elles terminent leur grossesse avant terme (obs. 5, 9, 12, 30, 37) et, même dans ces conditions-là, c'est au prix d'une fatigue énorme, d'un épuisement complet, d'efforts longs et pénibles, qui pendant les suites de couches se traduiront par une aggravation rapide de tous les symptômes, que les malheureuses arrivent à mettre l'enfant au monde. Et encore l'état de cet enfant, s'il est viable, sera le plus souvent gravement influencé par la maladie de la mère.

Quelquefois cependant (obs. 32, 34, 35, 36) l'accouchement se produit à terme et sans difficultés considérables, comme dans le cas de Semmelink, qui n'a nécessité qu'une application de forceps, malgré l'inopérabilité de la tumeur. Le cas très intéressant de Rossa nous montre un accouchement spontané à terme d'un bel enfant, nullement cachectisé, le carcinome étant encore peu avancé, car il a pu être opéré deux mois après. La seule difficulté pendant l'accouchement était due à la présence des masses fécales au-dessus du rétrécissement et disparut avec l'évacuation de ces dernières. Ici on peut invoquer plusieurs causes : degré peu avancé de la tumeur, sa situation haute (à 8 cm. de l'anus) et sa mobilité.

Souvent il y a impossibilité absolue d'accouchement,

grâce à l'obstruction considérable du canal pelvien et alors c'est le tableau de l'inertie utérine, succédant à de vains efforts, ou bien, — cas plus grave encore, — il y a menace de rupture utérine.

La marche des suites de couches dépend de la conduite, qu'on a suivie pendant l'accouchement. Plus ou moins bonnes, lorsque l'accouchement a été précédé ou suivi d'une intervention chirurgicale, permettant de relever l'état de nutrition de l'organisme, elles sont en général aggravées, si on laisse la nature agir ; alors les déchirures — car les tissus infiltrés n'ont plus leur élasticité normale — le traumatisme de la tumeur et son infection consécutive viennent s'ajouter à cet état de fatigue et d'épuisement, qu'on peut appeler chez ces malades « le choc obstétrical ».

Diagnostic différentiel

Avant de faire le diagnostic différentiel, il s'agit de poser un diagnostic en général, c'est-à-dire révéler l'existence d'une tumeur au rectum. On est trop souvent porté à mettre sur le compte de la grossesse les troubles et en particulier la constipation opiniâtre, dont ces malades se plaignent. Les observations, que nous avons recueillies, sont une preuve évidente du fait que le diagnostic est loin d'être précoce. Dans les cas de Kursteiner, Semmelink, Kjelsberg II et Koch le carcinome n'a été découvert qu'après l'accouchement; le cas de Freund (n° 18), dans lequel le médecin traitant, malgré la présence de tous les symptômes, n'a pratiqué le toucher que la veille de

l'accouchement, est un triste exemple, qui devrait servir pour notre instruction. En face d'une constipation opiniâtre, surtout si elle est douloureuse, d'une diarrhée rebelle, des hémorragies, qu'on a souvent tendance à attribuer aux hémorroïdes, le toucher rectal s'impose; car il vaut beaucoup mieux le pratiquer cent fois sans résultats, que de méconnaître une seule fois l'existence d'un carcinome encore opérable.

Le diagnostic différentiel, difficile au début de l'affection, alors qu'elle n'est représentée que par un petit bouton verruqueux ou par une petite plaque indurée, est beaucoup plus facile, quand il y a tumeur à proprement parler. Les tumeurs bénignes, qui sont des raretés, s'en distinguent par la conservation de l'état général (sauf le cas de syphilome, où l'état général peut simuler la cachexie cancéreuse), par l'âge plus jeune de la malade (qui ne constitue cependant pas une preuve absolue), par leur évolution lente. *L'ulcération*, qui accompagne souvent le carcinome, pourra être confondue avec :

1° L'ulcération tuberculeuse, qui a des bords pigmentés, violacés, décollés, souvent riches en granulations tuberculeuses. Il n'y a pas de tumeur, la base de l'ulcération est souple, molle ; il y a souvent des lésions pulmonaires concomitantes.

2° Avec l'ulcération du syphilome : dans ce dernier l'anus présente des indurations, parfois des condylomes; au doigt on sent une portion dure, fibreuse, inextensible, cylindrique, *de consistance uniforme* et *au dessus*, une portion molle, ulcérée, sécrétant un pus fétide,

caractéristique. Le siège est plus constant : 3-4 centimètres au-dessus de l'anus. Il faut rechercher les antécédents de la malade.

En faveur du cancer sera l'âge de la malade, l'altération de sa santé, teint jaune, œdème des membres inférieurs. Comme signes fonctionnels c'est de la constipation opiniâtre, souvent de la diarrhée, rebelle à tout traitement ou des alternatives des deux ; ce sont aussi des hémorragies, faisant supposer à la malade qu'elle a des hémorroïdes. A la période confirmée il s'y ajoute des faux besoins, des matières sanguinolentes, contenant du pus, des douleurs presque constantes, qui rendent la station assise difficile et pénible.

Pronostic.

Étant donné tout ce qui a été dit plus haut, il est évident que le pronostic de l'accouchement dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels les plus importants sont: le degré de la propagation de la tumeur et de l'obstruction du bassin et l'état général de la femme. Il est presque toujours sombre. Dans les cas très rares, où la tumeur est encore au début, l'accouchement spontané par les voies naturelles peut être possible. Tel est le cas de Koch (n° 29), où l'accouchement s'est passé sans difficultés, le carcinome ayant été resté méconnu. Ce dernier était à son début, car trois mois après l'accouchement il était encore opérable. Tel aussi le cas de Rossa (n° 34) d'un accouchement spontané à terme au cours d'un carcinome, qui a pu être opéré deux mois

plus tard. Les deux cas de Kjelsberg appartiennent aussi à cette catégorie. Au point de vue du pronostic immédiat, ce sont les cas les plus heureux et les quatre cas, que nous citons, ont eu une issue favorable aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Dans les cas de Breslau-Kursteiner, Petersen, Lœhlein, il s'agissait de grossesses de six-huit mois, donc les difficultés du passage étaient moins considérables et encore les deux premiers se sont terminés par la mort de la femme.

A un degré plus avancé de la tumeur, l'accouchement survenu spontanément doit être terminé par la version ou le forceps, le pronostic est assombri alors par le risque des délabrements maternels et de l'infection consécutive. Tel le forceps de Nijhoff et la version de Cruveilhier, suivis de mort de la mère. Il va sans dire que l'accouchement n'est point ici la cause de la mort, il ne constitue que la dernière goutte, faisant déborder le vase. Les cas de Semmelink (forceps) et Heusner (version) ont eu une issue favorable.

A un degré plus avancé encore, dans les cas d'obstruction considérable, l'accouchement devient impossible, et son pronostic dépend alors du moment et des conditions dans lesquels l'intervention a eu lieu.

Le tableau ci-joint donne idée de la gravité du pronostic de ces cas aussi bien pour les mères que pour les enfants. Sur les 35 observations, que nous avons pu recueillir, l'issue a été mortelle 12 fois pour l'enfant, 14 fois pour la mère; donc la mortalité maternelle (mortalité immédiate, dans les jours qui suivent l'accouchement) atteint le chiffre considérable de 40 0/0.

Tableau *de la mortalité immédiate.*

MODE D'ACCOUCHEMENT	*Nombre de cas*	*Issue pour l'enfant*	*Issue pour la mère*
Section césarienne	14	3 morts 11 survies	8 morts 6 survies
Extraction par voies naturelles avec intervention (forceps, version, etc.)	8	3 morts 5 survies	4 morts 4 survies
Avortement ou accouchement provoqué.	4	2 morts 2 vivants	4 survies
Avortement ou accouchement prématuré spontané.	3	3 morts	2 morts 1 survie
Accouchement spontané à terme .	4	4 survies	4 survies
Autres cas.	2	1 mort 1 ?	1 survie 1 ?
TOTAL. . . .	35		

CONDUITE A TENIR

C'est le point difficile de la question qui nous occupe, et sur lequel tout le monde et tous les pays ne sont pas d'accord. Il est cependant d'une importance capitale, car une conduite fausse ou une expectation trop longue peut compromettre aussi bien la vie de la mère que celle de l'enfant.

I. — Pour les tumeurs bénignes la question ne se pose pour ainsi dire pas, leur extirpation étant facile tant au cours de la grossesse (si le diagnostic est posé), que pendant ou après l'accouchement. Dans des cas rares,

analogues à celui que nous rapportons sous le n° IV, où il n'est pas question d'enlever la tumeur, on peut être appelé, en face de souffrances de la malade et de son état cachectique, à pratiquer un anus artificiel au cours de la grossesse. La section césarienne peut exceptionnellement trouver son indication (même observation).

II. — Pour le cancer du rectum on peut diviser tous les cas en deux catégories : dans la première le diagnostic de la tumeur est fait pendant la grossesse ; dans la deuxième il n'est posé que très peu avant ou pendant l'accouchement.

A. — *Le diagnostic est fait pendant la grossesse.* — En combinant les avis des auteurs étrangers (Krause, Lœhlein, Hollænder, Kaltenbach, Duncan, Russell, Chaeffer, Nifhoff) au peu (trop peu) d'indications que nous avons pu trouver chez les auteurs français (Verneuil, Blesson, Quénu et Hartmann, Verrié, Lapointe), nous croyons pouvoir arriver aux conclusions suivantes :

En présence d'une femme enceinte, atteinte d'un carcinome rectal, il y a deux vies à considérer : celle de la femme en premier lieu (contrairement à Duncan, qui ne vise que celle de l'enfant) et celle de l'enfant, en deuxième. Il n'y a pas lieu à espérer une guérison définitive pour la mère, mais les chances d'une survie, qui quelquefois est assez notable, doivent prendre le dessus sur la vie problématique d'un enfant, qui n'est pas encore né.

En cas de cancer opérable, diagnostiqué pendant la grossesse — il n'y a pas d'hésitation possible, — il faut

opérer et sans perdre de temps. Les temps sont passés, où Valette de Lyon (1884) considérait la grossesse comme une contre-indication pour l'opération et maintenant elle n'apparaît que comme une complication de celle-ci.

Verneuil conseille de s'abstenir, si la tumeur, malgré son accroissement, n'entrave pas l'évolution de la grossesse, n'altère pas la santé de la mère et surtout si on peut espérer une diminution de la tumeur après l'accouchement. Des cas semblables doivent être bien rares.... Et sur quoi faut-il baser ces espérances? Comment savoir d'avance la marche, que prendra la tumeur ? Peut-on nier l'extension de l'affection en présence d'un état général satisfaisant ? Le cas de Breslau-Kursteiner est un triste exemple de tumeur extrêmement étendue avec métastases abdominales, coïncidant avec un état florissant de la malade. Il nous semble que l'expectation est indiquée, quand il s'agit d'une tumeur à évolution assez lente, diagnostiquée dans la deuxième moitié de la grossesse. Si tout fait supposer que la tumeur sera encore opérable dans un mois ou six semaines, l'expectation se trouve justifiée par l'importante considération de la viabilité de l'enfant.

Nous croyons donc, que le plus sage est d'opérer toutes les fois que le degré de l'affection le permet. Il y a une question, qui vient compliquer la situation. Faut-il, oui ou non, interrompre la grossesse avant d'opérer ? En effet, l'opération, entreprise au cours d'une grossesse, amène presque à coup sûr l'interruption de celle-ci et cet avortement menace l'issue de l'opération

de grosses difficultés. La gravité est encore augmentée par plusieurs conditions ; c'est d'abord la vascularisation riche de la tumeur qui amène une hémorragie abondante ; c'est ensuite le danger des thromboses par voie veineuse qui, particulièrement riche à cet endroit, fait communiquer le rectum avec les organes génitaux internes et amène presque fatalement l'infection de ces derniers. C'est dans ces conditions anatomiques particulières, qu'il faut chercher la raison du fait paraissant paradoxal au premier abord, que la myomectomie (opération portant sur l'utérus gravide lui-même) ne donne que 13 0/0 d'avortements d'après Olshausen, 17 0/0 d'après Winter, tandis que les opérations sur le rectum (Chaeffer déconseille même l'ablation des hémorroïdes) peuvent amener des conséquences extrêmement graves.

On a beaucoup discuté sur la chose. Verneuil pense que, si la tumeur est au début, il faut l'enlever sans se soucier de la grossesse et de l'avortement probable. Jusque-là il n'existe que deux cas de cancer, opéré au cours d'une grossesse : celui de Petersen (n° 25), opéré au sixième mois, a eu une issue fatale, l'avortement est survenu après l'opération et la mort ensuite ; la malade de Kjelsberg (n° 35), opérée au quatrième mois, a continué la grossesse. L'expérience n'est pas encore assez grande pour trancher la question. Il est très probable, que dans les cas de tumeurs petites et bas situées, la grossesse peut continuer son cours et l'intervention se trouve alors justifiée ; mais la plupart des auteurs (Heussner, Lœhlein, Nijhoff) trouvent, que le danger

d'un avortement, qui est une complication septique grave, est trop grand pour suivre la conduite de Kjelsberg et Petersen.

L'accouchement provoqué a l'inconvénient de retarder l'opération radicale de deux ou trois semaines, nécessaires pour la régression des parties génitales, mais il donne des résultats meilleurs, comme le prouvent les cas de Lœhlein, Heussner et Endelmann.

En cas de cancer inopérable, la vie de la mère n'étant plus qu'une question de temps plus ou moins court, celle de l'enfant acquiert une importance prépondérante. Aussi tous les efforts du médecin doivent-ils tendre à lui assurer le plus de chances possibles de vie. L'accouchement prématuré est à rejetter. On fera tout pour amener la grossesse le plus près possible du terme et ensuite on extraira l'enfant par l'opération césarienne, — la voie vaginale n'étant plus praticable. Pour relever l'état de nutrition de la mère, une opération palliative peut être pratiquée, — à savoir la colostomie iliaque, — aussi bien dans les cas d'obstruction complète que dans le but de donner issue aux gaz et matières et diminuer cette cause importante d'empoisonnement. C'est une opération des plus bénignes, qui ne paraît pas empêcher l'évolution de la grossesse, comme le prouve l'observation de Franck n° 31. Elle épargne à la malade des douleurs insupportables de la défécation, supprime l'irritation incessante de l'ulcération et par là même ralentit la prolifération de la tumeur (Quénu et Hartmann). Très estimée par les chirurgiens anglais et par quelques Allemands, cette opération ne jouit pas d'une assez grande

faveur en France, surtout grâce au dégoût que cette infirmité inspire aux malades et à l'entourage.

Dans le cas particulier, en vue de la possibilité d'une section césarienne, il y aurait peut-être lieu à se demander, si un anus lombaire ne serait pas préférable, car l'anus iliaque, situé tout près du champ opératoire, menace d'infection la plaie, si des précautions particulières ne sont pas prises.

B. — *Un carcinome, diagnostiqué peu avant ou au cours de l'accouchement* est presque toujours inopérable. Les conditions de circulation, créées par la grossesse pour le bassin, favorisent à tel point l'accroissement de la tumeur, qu'à la fin il est presque toujours près de son développement maximum et constitue une menace de dystocie grave. Alors plusieurs cas sont à considérer :

1) Les cas les plus simples, sont ceux, dans lesquels le carcinome cause un obstacle insurmontable. Les masses dures obstruent le conduit maternel à tel point, que l'exploration elle-même est à peine possible — alors il y a indication *absolue* pour la section césarienne. La plus bénigne pour l'enfant, cette opération est en même temps la moins mauvaise pour la mère, car elle évite le traumatisme de la tumeur, les déchirures inévitables et l'infection qui s'ensuit. Si on peut choisir le moment, on la fera à la fin de la grossesse *avant tout début* du travail. L'art de l'obstétrique est assez avancé, pour que l'accoucheur puisse déterminer l'âge de la grossesse à huit-dix jours près, d'après la hauteur utérine, le volume de l'enfant, la date des der-

nières règles, etc. L'enfant, né quelques jours avant terme, ne court pas de risques considérables, tandis que la possibilité de faire l'opération dans de bonnes conditions a des avantages énormes. On ne sait jamais d'avance chez ces femmes la marche du travail ; il suffit que la rupture des membranes se produise au début, et les conditions pour l'opération changent immédiatement. Le cas de Duncan et celui de Freund, si gravement compliqué par l'existence d'une fistule, opérés avant le début du travail, ont été tous les deux couronnés de succès, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

L'incision doit être faite le plus loin possible du carcinome, de préférence transversalement sur le fond de l'utérus (d'après Fritsch) ; l'opération devra être suivie d'une hysterectomie dans les deux cas suivants: d'abord et avant tout, si l'organe est infecté (soit par communication avec le rectum, soit par manœuvres répétées, soit par la mort du fœtus) et ensuite dans les cas où l'obstruction complète du conduit met obstacle à l'écoulement libre des lochies. Quant au choix du procédé, c'est en général celui de Porro, qui par sa rapidité donnera les meilleurs résultats chez ces femmes en état de fatigue et d'épuisement complet.

Sur 35 observations, que nous avons pu recueillir, l'opération césarienne a eu lieu 14 fois avec 11 survies pour l'enfant et 6 pour la mère: proportion bonne, si on prend en considération les conditions déplorables, dans lesquelles quelquefois l'opération a dû être pratiquée. Une estimation juste de toutes les circonstances,

la perfection de la technique opératoire, l'instruction des aides et des gardes ne feront qu'augmenter ces beaux résultats.

2) Dans d'autres cas, où l'obstruction est moins complète, où l'extraction d'un enfant morcelé paraît possible, il y a indication *relative* pour la césarienne. Elle sera pratiquée toutes les fois, que l'enfant est vivant et c'est seulement dans les cas d'enfant mort, qu'elle pourra être remplacée par l'extraction après perforation. On n'oubliera pas que le danger de cette dernière est au moins égal à celui de la césarienne, car la résistance des parties molles infiltrées est profondément modifiée et l'extraction de l'enfant s'accompagne en général de déchirures énormes. Le périnée, le rectum, le vagin jusqu'au segment inférieur inclusivement peuvent être intéressés pendant ces manœuvres. Les lésions trouvées à l'autopsie des cas de Kursteiner et Cruveilhier en sont la triste preuve. Cependant, la craniotomie est quelquefois la seule possible, si on est appelé à intervenir longtemps après la rupture des membranes, après d'autres tentatives, et quand la disproportion entre le passage et le volume de l'enfant ne paraît pas trop grande.

3) Enfin il y a des cas où il s'agit d'un conduit encore bon, comme cela peut s'observer vers la moitié de la grossesse, et d'un enfant prématuré, pouvant passer sans produire des lésions. Tels sont les cas de Lever, Lœhlein, Breslau-Kursteiner. La conduite est alors purement expectative.

Ce rapide aperçu donne une idée générale sur la con-

duite à tenir. Il y a des conditions particulières, qui peuvent la changer et qui doivent être appréciées avec chaque malade. Nous dirons avec Verneuil :

« Le médecin tâchera de se prémunir contre deux écueils : contre l'optimisme, qui le rendrait insouciant et imprudent, sinon téméraire ; contre le pessimisme, qui l'égarerait tout autant, paralyserait son action et l'empêcherait de faire en temps opportun tout ce que commande la gravité de certains cas. »

OBSERVATIONS

Dystocie par tumeurs bénignes : 4 observations (v. dans le texte).

Dystocie par cancer du rectum : 35 observations.

Observation V (Lever, cité par Krause).

Carcinome étendu. Accouchement prématuré d'enfant mort. Survie de la mère.

Il s'agissait d'un carcinome siégeant à 3 centimètres au-dessus de l'anus chez une I pare de 21 ans, présentant tous les signes d'iléus. L'utérus était entièrement repoussé à droite par une grosse tumeur dure, remplissant toute la fosse iliaque gauche. Malheureusement la description de l'accouchement manque. « L'enfant était prématuré et déjà mort et le travail long ». La mort est survenue sept mois après l'accouchement par péritonite.

Observation VI (Cruveilhier, cité par Krause).

Carcinome étendu. Version. Enfant mort. Mort de la mère.

III-pare de 30 ans; souffrait de constipation et de pertes sanguinolentes. Le carcinome fut découvert au début de la grossesse, mais cette dernière est restée méconnue et l'accouchement survenu a été une surprise. L'enfant a été extrait par *version*, mais mort. La mère mourut quatre jours après. L'autopsie a montré un carcinome du rectum très étendu, adhérent à l'utérus et au vagin avec dilatation considérable de l'intestin au-dessus de la stricture.

Observation VII (Mac Kenzie, cité par Roussel).

Avortement provoqué. Carcinome étendu. Mort de la mère.

Rétrécissement dur, squirrheux à 15 centimètres de l'anus. Une autre masse plus bas sur la paroi antérieure du rectum. Une masse plus petite (œuf de pigeon) sur la partie antérieure du col. *Avortement provoqué à trois mois et demi.* Guérison.

Observation VIII (Kursteiner).

Carcinome. Craniotomie et forceps sur enfant mort. Mort de la mère.

IV-pare de 27 ans, ayant eu trois accouchements normaux, souffrant au cours de la grossesse actuelle de constipation opiniâtre. Début du travail le 8 août 1861 à 5 heures du matin. Rupture des membranes le même jour.

Comme, malgré de fortes douleurs, l'accouchement ne faisait aucun progrès, un médecin fut appelé. Il trouva la malade très fatiguée, l'enfant se présentant par la tête, conclut à un rétrécissement du bassin et fit, avec son assistant, de vaines tentatives d'extraction au forceps et de version. Après ces vains efforts — il était minuit — tous les deux quittent la femme pour ne revenir que le lendemain dans l'après-midi ! L'enfant étant mort pendant ce temps-là, on fait une *craniotomie, suivie de forceps.* Tout de suite après sortie involontaire de l'urine et des matières.

Transportée dans un état lamentable à l'hôpital de Zurich elle est morte trois jours après au milieu des symptômes péritonéaux. A l'autopsie : grande quantité de pus dans le petit bassin, fistule vésico-vaginale, carcinome colloïde du rectum. Lésions énormes du vagin, pertes de substance allant jusqu'à la musculeuse et même plus profondément. Lambeaux gangréneux et membranes diphtéroïdes.

Observation IX (Breslau-Kursteiner, cité par Krause.)

Avortement spontané. Mort de la mère. Carcinomes multiples.

IV-pare de 29 ans, au sixième mois, *d'aspect florissant.* Masse dure rétro-vaginale. Masse abdominale. Au toucher rectal : rétrécissement très serré à 2 centimètres de l'anus. La tumeur est dure et ulcérée – carcinome inopérable avec métastase abdominale. *Accouchement prématuré spontané*, long, mais sans difcultés considérables. L'enfant (900 gr.) meurt bientôt après sa naissance. Deux jours après, mort de la mère par péritonite.

A l'autopsie : Carcinome colloïde de l'ovaire et du rectum. Noyaux dans le grand épiploon, dans le péritoine du Douglas, dans le vagin.

Observation X (Greenhaigh, cité par Roussel).

Césarienne. Enfant vivant. Mort de la mère.

I-pare de 29 ans, à 8 mois 1/2. Masse cancéreuse s'étendant du sacrum presque jusqu'à la symphyse. *Section césarienne* avec drainage. Enfant vivant. Mère morte le sixième jour.

Observation XI (Kaltenbach).

Césarienne en travail avec enfant mort. Mort de la mère.

IX-pare de 37 ans. Accouchements antérieurs (dont le dernier il y a trois ans) faciles. Bonne santé habituelle. Grossesse actuelle suivait son cours normal, mais dans les deux derniers mois, douleurs sacrées et défécation difficile. Travail à terme. Rupture spontanée des membranes, les douleurs durent trois jours et demi, puis cessent. Kaltenbach trouve la parturiente épuisée, avec un pouls petit à 108, un liquide amniotique d'odeur infecte, teinté de sang et de méconium. Pas de bruits fœtaux. Une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus, dure, bosselée, bombe dans le vagin, ne laissant qu'un passage de 4 centimètres.

Malgré les conditions défavorables membranes rompues, (enfant mort, mère épuisée et très probablement infectée par le fœtus), la *section césarienne* est faite. Forte hémorragie par incision du placenta, inséré sur la face antérieure, extraction de l'enfant en présentation du siège. Son corps, ainsi que le placenta et les membranes, ont subi le commencement de putré-

faction. Toilette soigneuse du péritoine. Suture. Mort par péritonite au sixième jour.

Autopsie : Abondant exsudat dans la cavité abdominale et dans la cavité utérine. *La plaie utérine s'était ouverte.* Bassin légèrement aplati (diam. conjugué vrai : 9 cm.), symphyse saillante. Gros carcinome rectal et rétrorectal.

Ce cas, dit Kaltenbach, est une preuve de l'insuffisance de la section césarienne et plaide en faveur de l'hystérectomie dans les cas d'utérus infecté, car alors il n'y a pas à compter sur les sutures.

Observation XII (Braxton Hicks, cité par Roussel).

Césarienne en travail. Enfant vivant. Mort de la mère.

XI-pare au huitième mois. Carcinome annulaire avec envahissement du vagin. En travail depuis vingt-quatre heures. Température élevée.

Section césarienne. — Enfant vivant. Mère morte de péritonite dans vingt-quatre heures.

Observation XIII (Herman. *Ibidem*).

Accouhement à terme. Céphalotripsie. Mort.

VIII-pare, 30 ans, près du terme. Tumeur rectale dure, immobile, bombant dans le vagin et ne laissant que 2 centimètres entre elle et la symphyse. Par le rectum tumeur ulcérée. *Céphalotripsie*, suivie d'amputation de la tête pour difficultés au cours du dégagement du tronc. Version. Mort par péritonite le quatrième jour.

Observation XIV (Potter. *Ibidem*).

Accouchement prématuré provoqué. Version. Enfant vivant. Survie de la mère.

IV-pare de 29 ans, à 7 mois 1/2. Masse dure, lobulée, bombant dans le vagin. Par le rectum, grosse masse, rétrécissant sa lumière. Ténesme, diarrhée. Accouchement provoqué au huitième mois. *Version et forceps* sur tête dernière. Enfant vivant. Survie de la mère ; elle est morte de péritonite après la colotomie, pratiquée trois semaines après.

Observation XV (Simpson. *Ibidem*).

Carcinome inopérable. Forceps à terme. Enfant vivant. Survie de la mère.

Grossesse à terme. Masse carcinomateuse très étendue. Fistule recto-vaginale. *Forceps* après incision de la masse cancéreuse. Déchirure complète du périnée. Enfant vivant. Survie de plus de deux ans pour la mère.

Observation XVI (Lœhlein).

Accouchement provoqué au huitième mois. Enfant vivant. Trois semaines après, extirpation. Survie de la mère.

V-pare de 32 ans, au huitième mois. Accouchements antérieurs normaux. Depuis six mois, douleurs à la défécation; depuis quelques semaines, sang et pus dans les matières. État général satisfaisant. Carcinome du rectum, qui commence immédiate-

ment au-dessus du sphincter, monte jusqu'au promontoire et envahit surtout la paroi antérieure et la cloison. Étant donné sa propagation rapide et le fait, que la tumeur, opérable à l'heure actuelle, ne le sera probablement plus à la fin de la grossesse, on *provoque l'accouchement.* La possibilité d'entreprendre ensuite l'opération radicale sept à huit semaines plus tôt était dans ce cas particulier d'une importance capitale. L'enfant (1.650 gr.), bien portant après la naissance, succombe d'un érisypèle dix jours après. Suites de couches bonnes. Trois semaines après l'accouchement, *extirpation du rectum* (par la méthode de Kraske) sur une étendue de 12 centimètres. Deux mois après la malade quitte l'hôpital avec un aspect florissant.

Observation XVII (Polk, cité par Krause).

Césarienne en travail. Enfant vivant. Mort de la mère.

Il s'agissait d'un carcinome rectal étendu, qui a envahi les tissus avoisinants. *Section césarienne* douze heures après le début du travail. Enfant vivant. Mort de la mère vingt-quatre heures après.

Observation XVIII (Freund, cité par Hollænder).

Carcinome avec fistule. Césarienne. Survie de l'enfant et de la mère.

II-pare de 32 ans, au neuvième mois. Bonne santé antérieure. Premier accouchement normal, le début de cette grossesse également. Ensuite : constipation, douleurs à la défécation, depuis deux mois les matières sortent par le vagin, teintées de sang et de pus. Il y a déjà deux ans que la malade avait remarqué pour la pre-

mière fois du sang dans sa garde-robe. Son médecin n'avait jamais pratiqué de toucher jusqu'à la veille de l'accouchement. Amaigrissement. Anorexie. Large fistule recto-vaginale. Une tumeur dure, bosselée, bombe dans le vagin et en rétrécit la lumière. Début du travail. Membranes intactes. Enfant vivant, se présentant par le sommet.

Section césarienne. — Enfant ranimé (2.400 gr.). Suites de couches bonnes. La tumeur s'est considérablement rétractée et est devenue plus dure, la fistule s'est presque refermée. Un mois après, la malade a repris des forces et, refusant l'opération radicale, sort avec un enfant bien portant.

Observation XIX (Zweifel, cité par Krause).

Césarienne. Enfant vivant. Mort de la mère.

En présence d'un carcinome rectal, faisant obstacle à l'accouchement, la *section césarienne* a été entreprise dans de très mauvaises conditions. Enfant vivant. Mère morte.

Observation XX (Jordan. *Ibidem*).

Césarienne. Enfant mort. Survie de la mère.

VII-pare de 30 ans, au huitième mois.

Section césarienne, suivie d'un Porro, en présence d'un carcinome rectal de la grosseur d'une orange. Issue heureuse pour la mère, mortelle pour l'enfant.

Observation XXI (Duncan).

Anus iliaque. Césarienne avant le travail. Survie de la mère et de l'enfant.

II-pare de 36 ans. Premier accouchement il y a deux ans.

Dix-huit mois auparavant les selles deviennent douloureuses et la constipation opiniâtre. Le diagnostic d'un cancer du rectum a été fait il y a un an et une colotomie pratiquée ensuite. Au toucher : tumeur large et dure, du volume d'une orange, siégeant sur la paroi antérieure du rectum à 6 centimètres de l'anus. Muqueuse intacte. La tumeur bombe fortement sur la paroi postérieure du vagin. Écoulement muco-purulent teinté de sang par le rectum. La malade ne se souvient pas de la date de ses dernières règles ; d'après l'examen — au sixième mois. Étant donné l'obstruction considérable du canal pelvien, il fut décidé d'attendre et pratiquer ensuite une *césarienne*. L'opération a eu lieu le 22 novembre 1894 à huit mois, avant le début du travail. L'orifice iliaque a été obturé par du coton. L'enfant pèse 5 livres, ranimé facilement. Hémorragie peu considérable, malgré l'incision du placenta. Suture, drain vaginal. A cause de la proximité de l'anus iliaque la plaie est couverte de collodion et de coton salicylé. Suites bonnes, ablation des fils au dixième jour.

La malade est transportée dans le service des cancéreux.

Observation XXII (Holzapfel, cité par Krause).

Carcinome. Césarienne au début du travail. Survie de la mère et de l'enfant.

X-pare de 40 ans. Gros carcinome rectal végétant inopérable. En présence d'un enfant vivant on attend le début du

travail et on pratique une *césarienne*. L'enfant meurt de faiblesse trois semaines après. Survie de deux mois pour la mère.

Observation XXIII (Heineke)

Malheureusement nous n'avons pu trouver sur ce cas d'indications plus précises. que celles que donne Holzapfel.

« N'a pas été publié le cas d'un cancer du rectum au cours d'une grossesse gémellaire de six-sept mois, opéré par Heineke en 1891 à Erlangen. »

Observation XXIV (Heusner. Cité par Krause).

Bassin rétréci. Carcinome opérable. Accouchement provoqué. Version. Enfant vivant. Survie de la mère.

XI-pare de 43 ans, au huitième mois. Accouchements antérieurs spontanés, mais toujours très longs. Bonne santé antérieure. Le début de la grossesse actuelle a été normal, ensuite les garde-robes deviennent pénibles. Constipation et diarrhée, amaigrissement et perte des forces. Il y a quatre semaines, sang dans les matières.

A l'examen : amaigrissement, teint jaune. Enfant vivant, se présentant par la tête. Au toucher rectal : tumeur dure, à cinq travers de doigt au-dessus de l'anus, arrondie, mobile en avant, solidement fixée au sacrum. Sa limite supérieure n'est pas accessible. Le diamètre conjugué = 10 cm. 1/2. En présence de cette tumeur encore opérable, mais à marche rapide, on décide un accouchement provoqué, pour entreprendre le plus vite pos-

sible l'opération radicale. L'accouchement a été long, non par obstacle du côté de la tumeur, mais à cause du bassin rétréci. L'enfant, extrait par *version* a été ranimé. Il a eu le lendemain une forte hémorragie ombilicale et mourut.

Dix-sept jours après, extirpation de la portion malade (12 cm.) par la méthode de Kraske. Fistule vaginale, guérie ensuite. Suites bonnes. La malade quitte l'hôpital dans un état général bon.

Observation XXV (Petersen. Cité par Krause).

Extirpation au cours de la grossesse. Avortement. Mort.

II-pare de 24 ans, au sixième mois.

Bonne santé antérieure. Premier accouchement normal il y a quatre ans. Depuis le commencement de cette grossesse commence à maigrir, perdre les forces et à être constipée. La constipation est bientôt remplacée par une diarrhée incoercible. Il s'y ajoute plus tard des vomissements, de l'anorexie, du pus et du sang dans les matières et surtout du ténesme et des douleurs si violentes, qu'elles privent la malade de tout repos. Aucun des huit médecins qui l'ont soignée n'avait pensé de pratiquer le toucher rectal, qui aurait fixé le diagnostic et peut-être sauvé la vie à la mère et à l'enfant.

A son entrée : cachexie extrême, à marche rapide ; dans l'espace de quatorze jours la malade aurait perdu 34 livres. Pouls petit et rapide, énervement, insomnie.

L'enfant est vivant.

Sur la paroi postérieure du vagin, à 2 centimètres de l'entrée, on sent une tumeur dure, aplatie, dont la limite supérieure est inaccessible. Dans le rectum la tumeur commence à 5 cen-

timètres du sphincter, sa limite supérieure est accessible au doigt, elle est grosse comme un poing, dure, encore mobile, et remplit presque complètement la lumière du rectum. On ne sent pas d'adénopathies.

En présence de cette tumeur, encore opérable, mais qui ne le serait sûrement plus à la fin de la grossesse, en présence de cette asthénie et de cet épuisement, qui ne permettraient pas à la femme d'arriver à terme, on décide une opération radicale. L'accouchement provoqué est à rejeter, car dans ce cas-là, il faudrait attendre deux ou trois semaines pour opérer ; l'amélioration n'était cependant pas à espérer tant que la malade conservait sa tumeur, et peut-être ne saurait-elle vivre jusque-là. *Pour la même raison on ne pouvait pas faire d'abord un anus contre-nature et opérer ensuite* (?).

Donc on *extirpe le rectum* (12 cm.) par la voie sacrée. Excision des ganglions et du tissu rétro-péritonéal envahis. Au microscope, carcinome colloïde. Après l'opération, soulagement, mais la malade est très excitée, elle saute de son lit le surlendemain de l'opération ; la température s'élève. Au troisième jour, gangrène de l'extrémité inférieure du rectum ; — excision. Au quatrième jour, *avortement.* Au cinquième, mort.

Autopsie : Péritonite et pleurésie fibrineuse. Dans la cavité abdominale et dans les plèvres, environ 1 litre d'un liquide trouble, verdâtre, d'odeur infecte. Rectum gangréné.

Observation XXVI (Ridett).

Césarienne au cours du travail. Survie de la mère et de l'enfant.

VI-pare de 37 ans, en travail depuis vingt-quatre heures. Cinq accouchements normaux.

Femme très amaigrie, abattue, pouls irrrégulier à 120, quelques vomissements. Enfant placé transversalement, la tête à droite.

La paroi postérieure du vagin est propulsée en avant par une masse dure et bosselée, qui retrécit le canal pelvien. Par le rectum, à 15 centimètres de l'anus, tumeur dure, nodulée, saignant facilement. Les contractions sont arrêtées par la morphine.

Opération césarienne avec excision des deux trompes. Actuellement la malade est en pleine convalescence, l'enfant est vivant et bien portant.

Observation XXVII (Mc Vie.)

Carcinome inopérable. Accouchement provoqué. Survie de la mère et de l'enfant.

V-pare de 35 ans, au septième mois. Le carcinome fait masse avec le sacrum et envahit la paroi postérieure du col. Accouchement spontané impossible. On décide une section césarienne à terme, mais en présence des phénomènes d'iléus on *provoque l'accouchement* dans l'intention de pratiquer plus tard une colotomie. Enfant vivant, mais meurt de l'entérite sept semaines après. Une large fistule recto-vaginale, survenue au cours de la sixième semaine, a rendu la colotomie inutile.

Observation XXVIII (Baldy).

Césarienne au huitième mois. Survie de la mère et de l'enfant.

Femme au huitième mois de la grossesse, souffrant de pertes sanguines par le rectum et de douleurs. Carcinome rectal siégeant à 4 centimètres du sphincter. État général très mauvais,

ne permettant pas d'opération radicale. *Césarienne, suivie d'hystérectomie.* Enfant vivant (1.600 gr.). Suites excellentes : douleurs, vomissements disparaissent, l'état général se relève, malgré l'accroissement considérable de la tumeur. Un mois après quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

Observation XXIX (Koch. Cité par Nijhoff).

Carcinome opérable diagnostiqué post partum. Accouchement spontané. Extirpation.

Professeur Koch à Grœningen a observé une femme de 25 ans, ayant accouché trois mois auparavant de son premier enfant. Pendant l'*accouchement*, qui s'est passé *sans difficultés*, la tumeur a été méconnue. Depuis le commencement de la grossesse, selles sanguinolentes, alternatives de constipation et de diarrhée. Rétrécissement du rectum par une tumeur encore opérable. Extirpation du carcinome.

Observation XXX (Smits. *Ibidem*).

Carcinome inopérable. Césarienne au début du travail. Enfant vivant. Mort de la mère.

Le Dr Smits a Euschedé a opéré en 1902 une primipare de 27 ans, au huitième mois, présentant un carcinome du rectum inopérable avec obstruction considérable et phénomènes d'iléus.

Opération césarienne au début du travail. Enfant prématuré vivant. Mort de la mère le lendemain.

Observation XXXI (Franck. *Ibidem*).

Récidive du carcinome opéré. Colostomie. Césarienne. Survie de la mère et de l'enfant.

Le Dr Franck à Zwolle a pratiqué le 19 septembre 1901 l'extirpation par la voie vaginale d'un carcinome annulaire du rectum, situé près du sphincter. Au mois d'octobre 1902 cette femme, âgée de 24 ans, revient avec une sténose considérable par récidive de la tumeur. Elle est au septième mois de sa première grossesse.

On pratique un *anus contre nature*.

Le 22 novembre 1902 (14 mois après l'opération radicale et cinq semaines après la colostomie), on fait une *césarienne*. Incision transversale du fond de l'utérus (d'après Fritsch), extraction d'un enfant vivant. La mère est sortie avec l'enfant trois semaines après l'opération, mais morte six mois après.

Observation XXXII (Semmelink. *Ibidem*).

Accouchement au forceps. Carcinome inopérable, diagnostiqué post partum. Survie de quelques mois. Enfant vivant.

XIV-pare de 40 ans. A présenté pendant la grossesse actuelle de l'œdème des membres inférieurs, sans albuminurie et sans aucun autre symptôme du cancer rectal. Semmelin *le forceps* pendant la période d'expulsion. Quatre jours après l'accouchement, la malade rend du sang par l'anus et se plaint des douleurs. On découvre l'existence d'un carcinome rectal inopérable.

La femme est morte plusieurs mois après.

Observation XXXIII (Endelmann).

Accouchement provoqué. Opération radicale six semaines après. Enfant mort. Survie de la mère.

IV-pare de 32 ans, au septième mois.

Trois accouchements normaux. Constipation, douleurs pendant et après défécation, sang dans les garde-robes depuis un an et demi. A ce moment un médecin avait déjà diagnostiqué le carcinome rectal et conseillé une opération. Dès le début de cette grossesse les symptômes augmentent, l'état général s'altère.

Carcinome rectal, siégeant sur les parois latérale et antérieure du rectum, à deux travers de doigt au-dessus du sphincter. Étendue en haut : 3 centimètres.

Accouchement provoqué au ballon. L'enfant pèse 7 livres et meurt quelques heures après. Suites de couches bonnes.

Six semaines après l'accouchement, extirpation du rectum par voie vaginale (méth. de Rehn).

Sortie de l'hôpital six semaines après.

Observation XXXIV (Rossa).

Carcinome opérable. Accouchement spontané à terme. Survie de la mère et de l'enfant.

IV-pare, de 31 ans, à terme, en travail depuis douze heures.

Auparavant : un avortement de trois mois, deux accouchements normaux, dont le dernier il y a deux ans. Depuis deux mois : douleurs sacrées, constipation, pus et sang dans les garde-

robes. Depuis trois semaines : douleurs rectales, insomnie (morphinomanie), amaigrissement, perte de forces.

A l'examen. — Grossesse à terme, sommet mobile, enfant vivant. Par le vagin on sent une grosse masse fécale. Au toucher rectal : à 8 centimètres du sphincter rétrécissement, laissant à peine passer le doigt. Infiltration dure des parois de 2 centimètres d'épaisseur. Au-dessus : dilatation avec grosses masses fécales. Ces dernières sont enlevées par lavement et curage. Alors la tête descend, les douleurs deviennent plus fortes et cinq heures après, *naissance spontanée* d'un bel enfant, nullement cachectisé. Suites de couches bonnes.

Deux mois après : extirpation du rectum sur une étendue de 6 centimètres par la méthode de Kraske, avec ablation des ganglions sacrés. Tumeur, qui a fait des progrès considérables depuis l'accouchement, est du volume d'un œuf de poule.

Observation XXXV (Kjelsberg I).

Opération radicale au quatrième mois. Accouchement spontané à terme.

IV-pare de 29 ans, au quatrième mois.

Extirpation d'un carcinome annulaire du rectum (par la méthode anale), siégeant à 10 centimètres de l'anus. Suites de l'opération bonnes. *Accouchement spontané* à terme. A ce moment la tumeur récidivait déjà. Mort cinq mois après.

Observation XXXVI (Kjelsberg II).

Accouchement normal, six semaines après Carcinome inopérable.

VII-pare de 40 ans. *Accouchement spontané* normal. Six semaines après : diagnostic d'un carcinome inopérable, siégeant à 5 centimètres de l'anus.

Observation XXXVII (Niphoff).

Carcinome inopérable. Cachexie. Forceps. Enfant prématuré vivant. Mort de la mère.

I-pare *de 18 ans,* au septième mois.

Bonne santé antérieure. Bientôt après la suppression des règles, issue du sang par le rectum; les selles deviennent rares, fétides et très douloureuses. Alternatives de constipation et de diarrhée sanguinolente. Douleurs de ventre avec irradiations dans les membres inférieurs. Faiblesse, anorexie, amaigrissement, teint pâle. Pouls mou, petit et fréquent à 110. L'enfant est vivant, se présente par le sommet (non engagé), dos à droite. Au toucher : tumeur dure, bosselée, immobile, envahissant le bassin. Le doigt, introduit dans le rectum, rencontre à 7 centimètres au-dessus de l'anus un rétrécissement très serré et sort enduit de sang et d'ichor. Diagnostic de carcinome inopérable. L'état général baisse de plus en plus.

Le 30 *mars.* — Frissons. T. : 39°7.

Le 31 *mars.* — Entre en travail, état général très mauvais, T. : 39°7, pouls à 130, douleurs dans tout le corps. *Extraction au forceps* d'un enfant prématuré, vivant; poids : 2050 grammes. Délivrance spontanée, dix minutes après.

Mort le lendemain.

Autopsie. — Dans la cavité abdominale, quantité modérée d'une liquide séro-purulent. Noyaux carcinomateux du péritoine. Carcinome annulaire du rectum, ulcéré, commençant à 7 centimètres de l'anus, occupant une étendue de 9 à 10 centimètres.

Observation XXXVIII (Russell).

Carcinome inopérable. Hystérectomie abdominale au sixième mois avec colotomie iliaque. Survie de la mère.

VI-pare de 27 ans, au sixième mois de la grossesse.

Les deux premiers accouchements ont été normaux :

Troisième : avortement provoqué pour accès éclamptiques.

Quatrième : fausse couche de trois mois.

Cinquième : fausse couche de cinq mois (par accident), survenue trois mois avant le commencement de la grossesse actuelle. Au deuxième mois de celle-ci elle a des vomissements très fréquents, quelques douleurs à la défécation, et rend un peu de sang. Ensuite les symptômes augmentent, les matières deviennent rubanées, l'état général s'altère, les vomissements sont incoercibles.

A l'examen. — Masse cancéreuse, dure, à 8 centimètres au-dessus de l'anus, faisant le tour du rectum et l'obturant presque complètement. Il n'y avait pas à songer à une opération radicale et d'un autre côté on pouvait se demander, si la malade irait à terme.

Rupture artificielle des membranes, drainage du liquide amniotique par le vagin et ensuite *hystérectomie abdominale*, suivie de la *colotomie* inguinale gauche. Le vagin, les ligaments ronds et les tissus avoisinants étaient profondément infiltrés. Les suites ont été bonnes, les douleurs disparurent et deux mois après, quand nous avons revu la malade, elle continuait à aller bien, malgré l'accroissement considérable de la tumeur.

Observation XXXIX (Demelin).

Carcinome inopérable. Césarienne. Enfant vivant. Mort de la mère.

IV-pare de 31 ans, au troisième mois de la grossesse.

Trois accouchements normaux. Enfants vivants, le dernier en 1902. Constipation habituelle. Depuis trois semaines défécation très pénible, se terminant par l'expulsion des matières rubanées. Parfois débâcles diarrhéiques. Dernières règles le 10 mai.

Au toucher vaginal: tumeur dure, régulière (étendue = 3 centimètres), bombant sur la paroi postérieure. Par le rectum : à 4 centimètres de l'anus — rétrécissement annulaire, ne laissant pas passer le doigt, ne saignant pas. En raison de l'âge, de l'état général excellent, des caractères du rétrécissement et bien que la malade n'accusât aucun antécédent spécifique, on fait le diagnostic de rétrécissement syphilitique du rectum. Injections d'huile grise pendant deux mois. Les symptômes ne font que s'accroître, la défécation est de plus en plus pénible, il y a un peu d'incontinence des matières, mais pas d'écoulement sanguin, pas de douleurs dans la région malade. Au toucher le rétrécissement est plus étendu et plus serré. Amaigrissement et perte de forces. On penche vers le diagnostic de cancer.

Elle ne revient à la clinique Tarnier que pour accoucher, le 13 février 1906 : grossesse à terme. La femme est en travail. Enfant vivant en OIGT. Sommet légèrement engagé. La paroi postérieure du vagin bombe fortement en avant. A 3 centimètres de l'anus, masse dure, remontant jusqu'au voisinage du détroit supérieur et remplissant la plus grande partie de l'excavation

pelvienne. Dilatation presque complète. Vagin dur, rigide, sans ulcérations. État général très mauvais. Cachexie, pouls petit à 140, langue sèche. Température : 38°5. Accouchement par voies naturelles impossible.

Opération *césarienne, suivie d'hystérectomie* subtotale en raison de la fièvre et du liquide amniotique légèrement teinté. Drainage du Douglas. Enfant vivant, pesant 2.500 grammes.

Mort au quinzième jour.

Autopsie. — Adhérences, fausses membranes, une cuillerée à soupe de pus dans le Douglas. Le rectum est cancéreux sur une étendue de 12 centimètres. Muqueuse intacte, parois de 1 centimètre d'épaisseur. Le moignon utérin est largement ouvert, les sutures ayant lâché. Infiltration de la cloison et du tissu périrectal.

Au microscope : Carcinome alvéolaire.

CONCLUSIONS

1. Les tumeurs du rectum peuvent, quoique assez rarement, devenir une cause de dystocie au cours de l'accouchement. Cela est prouvé par les 39 observations que nous avons pu recueillir.

2. La division des tumeurs en tumeurs *bénignes* et tumeurs *malignes* est capitale. Elle comporte pour ces dernières un pronostic particulièrement grave, tant au point de vue de l'affection elle-même, que pour l'issue de l'accouchement.

3. *Tumeurs bénignes.*

a). — Les variétés observées sont : 1° polype du rectum ; 2° tumeur caverneuse · 3° syphilome ano-rectal.

b). — L'influence de la grossesse sur leur marche clinique paraît être peu considérable.

c). — Le degré de la dystocie est en rapport direct

avec le volume, le siège et la mobilité de la tumeur. Cette dernière n'offre que rarement des difficultés considérables pour la sortie de l'enfant.

d). — L'ablation est en général facile. En cas de syphilome, s'accompagnant de cachexie, on peut être appelé à pratiquer une colostomie iliaque. La section césarienne peut exceptionnellement trouver son indication.

4. *Tumeurs malignes.*

a). — Beaucoup plus fréquentes, elles sont représentées par une seule variété : épithélioma du rectum.

b). — La grossesse est une cause de leur accroissement.

c). — Les difficultés de l'accouchement sont en rapport direct avec le degré de l'obstruction du canal pelvien et l'état général de la femme. La dystocie est en général grave.

d). — Les tumeurs *opérables* seront opérées le plus vite possible. L'opération radicale sera précédée d'un avortement ou d'un accouchement provoqué, sauf le cas de cancer peu étendu et facilement accessible.

Dans le cas de tumeur *inopérable* on tâchera d'amener la grossesse à terme (la colostomie peut être pratiquée pour relever l'état général de la femme) et on extraira ensuite l'enfant. Il y a presque toujours indication pour une section césarienne : absolue — quand il s'agit d'obstruction presque complète ; relative — quand

l'extraction par voie vaginale est possible, mais menace la mère de délabrements considérables.

L'accouchement spontané est possible dans les cas de tumeur au début, mobile et siégeant haut dans le rectum.

Vu : le Président de la thèse,
P. BAR

Vu : le Doyen.
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BALDY. — *Americ. Journal Obst.*, 1901. Januar.

BARNES.— *Transactions of the obstetrical society of London*, XXI, 1879.

BLESSON. — Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer. *Thèse de Paris*, 1885.

BOH. — Polypes du rectum. *Thèse de Paris.*, 1877.

BOURDON. — *Bulletin de la Société Anat. de Paris.*, 1872.

BUHOT. — Cancer du rectum. *Thèse de Paris.*, 1885-86.

CARCOPINO. — Cancer du rectum. *Thèse de Paris.*, 1879.

CHARRON. — Rectotomie linéaire dans le traitement palliatif du cancer du rectum. *Thèse de Paris.*, 1882.

CHAEFFER. — Handbuch der Geburtshülfe v. Winckel, 1904, 2 Bd t. II, p. 1430.

DEMELIN ET COUDERT. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris.* 1906.

DIARD. — Cancer du rectum. *Thèse de Paris*, 1881.

DUNCAN. — Cancer of. Rect. *Lancet*, 1895, p. 405.

ENDELMANN. — *Centralblatt f. gynaekologie*, 1902, n° 32.

FORTERRE. — Cancer primitif de la cloison recto-vaginale. *Thèse de Paris*, 1891-92.

FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis tertiaire du rectum et de l'anus. *France Médicale*, 1874.

GÉRARD. — Corps étrangers du rectum. *Thèse de Paris*, 1878.

GODERET. — Rétrécissement syphilitique du rectum. *Thèse de Paris*, 1873.

HOLLÆNDER. — Uber die vom Mastdarm Ausgehenden Geburtsstœrungen. *Arch. f. gynaek.* 1893, 47. 5149.

HORAND. — *Société de chirurgie de Lyon*, 4 nov. 1897.

JEAN. — Syphilis du rectum. *Thèse de Paris*, 1885-86.

JODIN. — Aténomes du rectum. *Thèse de Paris*, 1900-1901.

KALTENBACH. — Sectio cæsarea wegen Carcinom des Rectums. *Zeitschrift f. Geburt. und gynaek.* 1879., Heft 2.

KJELSBERG. — *Centralblatt f. gynaek.*, 1903, no 35.

KRAUSE. — Mastdarmcarcinom und Schwangerschaft. *Dissert. Bonn*, 1900.

KURSTEINER. — Beitræge zur Kasuistik der Beckengeschwulste. Dissert. Zurich, 1863.

LACHOWSKI. — Rétrécissement syphilitique du rectum. *Thèse de Paris*, 1894-1895.

LAPOINTE. — Rétrécissements non congénitaux du rectum. *Thèse de Paris*, 1897-1898.

LETENNEUR. — Des tumeurs stercorales en obstétrique. *Thèse de Paris*, 1888.

LŒHLEIN. — *Zeitschrift f. Geb, und Gynaek.* 1890, s. 69.

MATHIEU. — Du cancer de l'utérus pendant la grossesse. *Thèse de Paris*, 1872.

MC VIE. — *Monatsheft f. Geburt. und Gyn.* 1899, Bd X, 403.

NIJHOFF. — Zwangerschap en carcinoma recti. Nederlandsch *Tijdschrift voor Verloskunde en Gyn.* Grœningen, 1904.

PIEDCHAUD. — Cancer du rectum. *Thèse de Paris*, 1882.

PRIDEAUX. — Cystic polypus of the rectum. Lancet, 1883, II.

PUCHELT. — *Thèse de Heidelberg*, 1840.

QUÉNU ET HARTMANN. — *Presse médicale*, 1897, n° 87.

RICHE. — Rétrécissement tuberc. et retr. syph. du rectum. *Gazette des Hôpitaux*, 1897 nos 17 et 20.

RIDETT. — A case of Cæsarean section for cyesis complicated by malignant disease of the rectum, 1897.

ROSSA. *Centralblatt f. gynæk*, 1902 n° 36.

SEMMELINK. — *Centralblatt f. Gyn.* 1903, n° 3

VERNEUIL. — Traumatisme et grossesse. *Presse mensuelle*, 1877. — *Bulletin de la Soc. Anat.*, 1872.

VERRIÉ. — Du cancer du rectum à évolution latente, *Thèse de Paris*, 1892.

WINCKEL. — *Monatschrift f. Geburt.* 1863, XXV, p. 364.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.